



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین

نقش عوامل اقتصادی اجتماعی در بهره مندی از خدمات بستری و سرپایی

استاد ناظر:

جناب آقای دکتر احدی نژاد

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر رفیعی
جناب آقای دکتر کلهر

دانشجو:

پریسا ناصری آقبلاغ

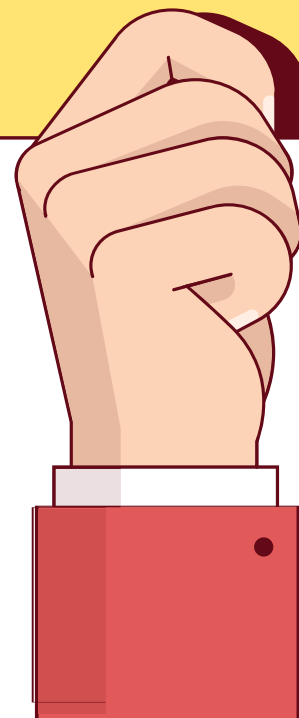
آبان ۹۷



سلامت یکی از نیازهای جامعه برای رشد و بالندگی و یکی از پیش شرط های اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است.

بنابر اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، دسترسی به بالاترین سطح دست یافتنی سلامت، از جمله حقوق اساسی مردم در تمامی جوامع بشمار می آید. بر همین اساس شعار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ پوشش همگانی سلامت برای همه در هر مکان اعلام شد.

همه افراد بتوانند خدمات بهداشتی کافی را
به صورت عادلانه و در هر مکان و در هر
زمانی که به آن نیاز دارند بدون تحمل رنج و
سختی های مالی و اجتماعی دریافت نمایند.



علاوه بر داشتن شیوه زندگی سالم، افراد جهت ارتقاء و بازگرداندن سلامت خود در زمان بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت می باشند. از آنجا که نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقا سلامت حدکثر ۲۵٪ است به همین خاطر سازمان جهانی بهداشت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت SDH را به صورت سیستماتیک مورد بررسی قرار داده است.

مولفه های اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت شامل درآمد، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تغذیه، طبقه اجتماعی و ... در سلامت انسان نقش بسزایی دارند به گونه ای که این مولفه ها سبب ایجاد تفاوت در بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی در بین افراد می گردد و تحقق اهداف سلامت Health for All و برقراری عدالت در سلامت را غیرممکن می سازند.

خوشبختانه ایران بعد از انقلاب اسلامی پیشرفت های چشم گیری در ارتقا شاخص های سلامت مانند کاهش مرگ و میر کودکان و مادران باردار و افزایش امید به زندگی داشته است اما هنوز تفاوت های وضعیت سلامت در برخی از مناطق کشور خصوصا در میان طبقات محروم جامعه وجود دارد. حل قطعی این قبیل مشکلات سلامت خصوصا در طبقات محروم جامعه امکان پذیر نخواهد بود مگر اینکه نابرابری های موجود در سلامت مورد توجه سیاستگذاران و برنامه ریزان قرار گیرد.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، به عنوان متولی اصلی تامین و حفظ سلامت مردم کشور، با هدف رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامتی برای آحاد مردم توجه ویژه ای را به مسائل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت و موضوع عدالت در سلامت معطوف داشته است به گونه ای که طی بخشنامه مورخ ۹۶/۱۲/۰۵ خطاب به روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور انجام طرح های تحقیقاتی در زمینه مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت شامل شناسایی و تولید اطلاعات و شواهد، مستندسازی و ارایه گزارشات و انجام مداخلات مبتنی بر شواهد با اولویت منطقه ای و در راستای نیازسنجی و حل مشکل مدنظر قرار گیرد.

بررسی عوامل موثر در بهره‌مندی از خدمات سرپایی و بستری بیمارستانی ابزاری برای مدیران عرصه سلامت خواهد بود تا ضمن تشخیص جایگاه و اهمیت هر یک از عوامل، از نتایج آن در برنامه ریزی های خود استفاده کنند و راه کارهای مناسبی را جهت حل مشکلات ناشی از آن و کاهش بی عدالتی های سلامت اتخاذ نمایند. لذا با توجه به اهمیت موضوع و توجه ویژه ای که طرح تحول سلامت به موضوع عدالت و محافظت مالی افراد در برخورداری از خدمات سلامت داشته است مطالعات محدودی در سطح کشور در این زمینه انجام گرفته است بنابراین مطالعه حاضر بر آن است تا به بررسی وضعیت بهره‌مندی از خدمات بستری بیمارستانی و نیز خدمات سرپایی در میان مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی قزوین و عوامل موثر بر آن بپردازد.

❖ Measuring and Explaining Socioeconomic Inequalities in Public Healthcare Utilization in Western Iran: Evidence from a Cross-sectional Survey

Shahab Rezaeian (PhD)¹, Mohammad Hajizadeh (PhD)², Satar Rezaei (PhD)¹, Sina Ahmadi (MSc)¹, Ali Kazemi Karyani (PhD)¹, and Yahya Salimi (PhD)^{3*}

Journal of Research in Health Sciences (JRHS) 2018

اندازگیری نابرابری اجتماعی و اقتصادی در بهره مندی از خدمات سلامت عمومی در غرب ایران

تعیین نقش عوامل اقتصادی اجتماعی در بهره مندی از خدمات بستری و سرپایی

نتیجه
گیری

یافته
ها

روش

مقدمه

❖ هدف: بررسی نابرابری های اجتماعی-اقتصادی در استفاده از خدمات سلامت در کرمانشاه

❖ نوع مطالعه: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ صورت گرفت.

جامعه پژوهش و حجم نمونه: این استان دارای ۲ میلیون نفر جمعیت است که یک میلیون نفر از آنها در شهر کرمانشاه سکونت دارند. ابتدا استان به ۵ ناحیه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) تقسیم بندی شد و با روش تصادفی سهمیه ای ۲۰۴۰ نفر از بزرگسالان بین سنین ۱۸-۶۵ سال وارد این مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده ها: برای گردآوری داده ها از پرسشنامه خودساخته استفاده شد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عوامل رفتاری و میزان استفاده از خدمات بستری و سرپایی را می سنجید.

پرسشنامه به دو بخش تقسیم شد. **بخش اول** شامل سوالات مربوط به سن، جنس، پوشش بیمه درمانی، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، دارایی های باثبات خانوار مانند (داشتن ماشین، مالکیت خانه و متراژ، تعداد اتاق ها، ماشین ظرفشویی، تلویزیون، جارو برقی، رایانه شخصی یا لپ تاپ، دسترسی به اینترنت، تلفن همراه، موتور سیکلت، هود، حمام و آشپزخانه) از جمعیت مورد مطالعه بود.

بخش دوم پرسشنامه اطلاعات مربوط به استفاده از مراقبتهای سرپایی و بستری، وضعیت سلامت و بیماریهای مزمن را جمع آوری کرد.

استفاده از **مراقبت سرپایی** با استفاده از پرسش زیر مورد سنجش قرار گرفت: آیا از مراقبت سرپایی (مانند بازدید پزشک، مراقبت اورژانس، آزمایش های پزشکی) در بخش عمومی در طی ۲ ماه گذشته استفاده کرده اید؟"

استفاده از **مراقبت های بستری** با استفاده از پرسش زیر مورد سنجش قرار گرفت: "آیا در طول ۱۲ ماه گذشته در بیمارستان های دولتی مراقبت های سرپایی دریافت کرده اید؟ (به عنوان مثال بیش از ۲۴ ساعت در بیمارستان بستری شده اید)؟"

در ابتدا ما نابرابری های اجتماعی و اقتصادی را در استفاده از مراقبت های سرپایی و بستری در بخش دولتی اندازه گیری و تجزیه کردیم. سپس، نابرابری های افقی را در استفاده از مراقبت های سرپایی و بستری در بخش دولتی اندازه گیری کردیم.

اندازه گیری و تجزیه نابرابری در مراقبت های سرپایی و بستری: ما شاخص تمرکز C را برای سنجش نابرابری های اجتماعی-اقتصادی در استفاده از مراقبت های سرپایی و مراقبت های بستری در میان بزرگسالان شهر کرمانشاه استفاده کردیم.

شاخص C بین -1 و $+1$ متغیر است. اگر علامت شاخص مثبت (منفی) باشد، استفاده از مراقبت های سرپایی / بستری در بین افراد با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا (پایین) SES متمرکز است.

اندازه گیری نابرابری های افقی در مراقبت های سرپایی و بستری: برای اندازه گیری نابرابری افقی در استفاده از مراقبت های سرپایی و مراقبت های بستری در بخش دولتی، از شاخص نابرابری افقی (IH) استفاده شد. محدوده این شاخص بین -2 و $+2$ بود. علامت مثبت (منفی) شاخص نشان دهنده نابرابری به نفع ثروتمندان (ضعیف) است که نشان می دهد غلظت بالاتری از مصرف مراقبت های بهداشتی در میان ثروتمندان (فقرا) پس از تنظیم مبتنی با نیاز به مراقبت های بهداشتی افراد می باشد.

□ یافته ها

به طور کلی، ۲۰۴۰ بزرگسال سالمندان ۱۸-۶۵ ساله ثبت نام کردند که ۶۱.۱ درصد آنها (۱۲۴۷) مرد بودند. شصت درصد از شرکت کنندگان مطالعه متاهل بودند و ۸۰٪ بیمه های درمانی را پوشش می دادند. میانگین نمره HRQoL برای تمام نمونه ها ۰.۷۴۸ (انحراف استاندارد = ۰.۱۷) بود. سیزده و یک درصد از جمعیت مورد مطالعه حداقل یک بیماری مزمن را داشتند. شیوع استفاده از خدمات سرپایی در دو ماه گذشته ۴۷.۷٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪) (CI: ۴۵.۵٪ به ۴۹.۹٪ بود). شیوع خدمات بیمارستانی در ماه های گذشته، ۱۸/۷ درصد بوده است. شیوع استفاده از خدمات عمومی و خصوصی بهداشتی در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب ۶۰.۸ و ۵۳.۸ درصد بوده است. مطالعه ما نشان داد که شاخص تمرکز برای مراقبت های سرپایی و مراقبت های بستری به ترتیب ۱۰۹- و ۱۵۳- بوده است. این بررسی نشان دهنده استفاده بالاتر از مراقبت های سرپایی و بستری در بخش دولتی در میان فقرا می باشد.

نابرابری افقی طرفدار فقرا در استفاده از مراقبت های بهداشتی در کرمانشاه، ایران ممکن است با این واقعیت توضیح داده شود که ما نابرابری های افقی را در خدمات بهداشت عمومی ارزیابی کردیم. انتظار میرود که میزان استفاده از خدمات بهداشتی عمومی در میان فقرا بالاتر باشد، زیرا ارائه دهندگان مراقبت های بهداشت عمومی در ایران عمدتاً خدمات بهداشتی را برای افراد کم درآمد و بیمه نشده ارائه می دهند. این موضوع مخصوصاً پس از اجرای اصلاحیه HSEP (طرح تحول سلامت) در آوریل ۲۰۱۴ است که با هدف بهبود دسترسی به مراقبت های بهداشتی، کاهش هزینه های جسمانی برای مراقبت های بستری بیماران بستری در بیمارستان های عمومی (۶٪ از کل هزینه های مراقبت های بهداشتی برای شهری و ۳٪ برای ساکنان روستایی و شهرهای کوچک با جمعیت کمتر از ۲۰,۰۰۰). شواهدی از افزایش نرخ بستری شدن پس از اجرای اصلاحی HSEP وجود دارد.

□ نتیجه گیری

استفاده بیشتر از بخش عمومی توسط فقرا و افراد با SES پایین نشانگر این مطلب است که مراکز بهداشتی و درمانی عمومی اساساً خدمات بهداشتی را در اختیار افراد با SES پایین قرار می دهد.

- میزان استفاده از خدمات سرپایی و بستری در شهر کرمانشاه به ترتیب ۴۷.۷ و 18/7 درصد بود.
- مراقبت های سرپایی و بستری در بخش دولتی در میان فقرا در شهر کرمانشاه متمرکز بود.
- وضعیت اجتماعی اقتصادی و HRQoL و سن افراد و داشتن بیماریهای مزمن عوامل عمده در نابرابری اجتماعی و اقتصادی مشاهده شده در استفاده از مراقبت های سرپایی بودند.
- بزرگترین عوامل نابرابری اجتماعی-اقتصادی در استفاده از مراقبت های بستری عبارت بودند از نمره SES، HRQoL و وضعیت سلامت مزمن.
- نابرابری افقی طرفدار فقرا در استفاده از مراقبت های سرپایی و بستری در شهر کرمانشاه وجود دارد.

❖ **Socio-economic inequalities in health services utilization: a cross-sectional study**

Mohammad Ranjbar Ezzatabadi, Ameneh Khosravi, Mohammad Amin Bahrami, Sima Rafiei

International Journal of Health Care Quality Assurance 2018

نابرابری اجتماعی-اقتصادی در بهره مندی از خدمات سلامت: یک مطالعه مقطعی

هدف: میزان استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی در میان خانواده های دارای موقعیت اجتماعی-اقتصادی مختلف در استان اصفهان چگونه است و عوامل به وجود آورنده این نابرابری ها چیست؟

جامعه پژوهش و حجم نمونه: مطالعه در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. اندازه نمونه با استفاده از فرمول $N = Z^2 S^2 / d^2$ محاسبه شد. $s=0/3, \alpha=0/95, d=0/2$ اندازه نمونه تخمین زده شده ۸۶۴ نفر بود که با احتساب ریزش نمونه نهایی ۱۰۴۰ نفر بدست آمد. از روش نمونه گیری تصادفی سهمیه ای برای انتخاب نمونه ها استفاده شد که استان اصفهان به ۱۴ ناحیه تقسیم و از هر ناحیه ۷۵ خانواده به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده ها: داده ها با استفاده از پرسشنامه با ۳ بخش جمع آوری شد: بخش اول مشخصات دموگرافیک، بخش دوم وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بخش سوم استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی بود.

□ گام های اجرایی:

گام اول: اطلاعات مربوط به وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوار (اطلاعات مربوط به مالکیت منزل و خصوصیات محل سکونت و دار بودن تسهیلات در منزل مانند مبلمان، ماکروویو، تلوزیون، یخچال و...) وضعیت سلامت و بهره مندی از خدمات بستری، سرپایی و تشخیصی جمع آوری شد.

گام دوم: برای پی بردن به وضعیت اجتماعی-اقتصادی از روش تجزیه و تحلیل مولفه های اصلی (PCA) استفاده شد.

گام سوم: نتایج تفسیر شده و خروجی ها به وضعیت اجتماعی و اقتصادی طبقه بندی شدند. برای سنجش نابرابری در بهره مندی از خدمات سلامت از شاخص تمرکز CI استفاده شد. منحنی تمرکز وضعیت سلامت خانوار را در ارتباط با گروه های مختلف اقتصادی می سنجند.

گام چهارم: سهم مربوط به هر تعیین کننده با تقسیم کل سهم بر متغیر سلامت محاسبه شد.

❑ یافته ها

- اکثر شرکت کنندگان از خانواده ایی بودند که مرد سرپرست خانواده بود
- ۴۹/۱ درصد از سرپرستان خانوار در سن ۴۵-۶۴ سالگی بودند
- ۷۰ درصد آنها دارای تحصیلات پیش دانشگاهی بودند
- در مجموع ۸۳ درصد پوشش بیمه درمانی داشتند و ۷۸/۳ درصد پوشش بیمه تکمیلی نداشتند.
- شاخص تمرکز نشان داد که افرا با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا بیشترین استفاده از خدمات سلامت را داشتند.
- بیشترین استفاده از خود درمانی مربوط به افراد با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین بود.
- مقایسه خانوارها با سرپرست زن و مرد در چهارچوب های اقتصادی مختلف تفاوت های معنی داری را نشان داد.
- زنان سرپرست خانوار وضعیت اقتصادی پایینتری نسبت به خانواده هایی که مردان سرپرست بودند داشتند.
- همچنین تفاوت در توزیع بیماریها، استفاده از خدمات بهداشتی درمانی و هزینه های سلامت در دو گروه سرپرست خانوار مشاهده شد

تفاوت در توزیع بیماریها

Kind of disease	Frequency (%) in female-headed households	Frequency (%) in male-headed households	<i>p</i> -value
Communicable diseases	12.5	14.4	0.7
Non-communicable diseases	76	64.4	0.00
Cancer	1	1.5	0.1
Blood disease	4.2	2.8	0.5
Endocrine diseases	10.4	5	0.5
Diabetes	14.6	8.5	0.00
Neurological diseases	17.7	8.6	0.00
Eye diseases	12.5	9.8	0.3
Heart diseases	16.7	8	0.00
Gynecological diseases	6.3	5	0.6
Disease pressure	24	11.2	0.00
Respiratory diseases	4.2	5.9	0.6
Gastrointestinal diseases	10.4	8.6	0.56
Skin diseases	5.2	6.7	0.6
Congenital disease	0	1.1	0.6
Bone diseases	36.5	12.9	0.00
Kidney diseases	16.7	7.6	0.00

میزان بهره مندی از خدمات درمانی، سرانه سلامت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی به تفکیک سرپرستان خانوار

	Frequency (%) in female-headed households	Frequency (%) in male-headed households	<i>p</i> -value
<i>Health service utilization</i>			
Total inpatient and outpatient services	56	31	0.00
Outpatient medical visits	76	65	0.00
Inpatient admissions	26	26.5	> 0.05
Diagnostic services	52.1	47.6	> 0.05
Refer to drug store	65.6	63.1	> 0.05
Traditional medicine services	10.4	7.2	> 0.05
Refer to primary health centers	21	5.6	> 0.05
	Frequency in female-headed households	Frequency in male-headed households	<i>p</i> -value
<i>Health expenditure</i>			
Capita cost of outpatient services in past four weeks	8696	10713	> 0.05
Capita cost of hospital services in last six months	31186	66414	0.00
Household health expenditure capita in the last six months	39882	77128	0.00
<i>Socio-economic statues</i>			
Unemployment	49	1.1	0.00
Insurance coverage	82	84	> 0.05
Supplementary insurance coverage	9.4	22.9	0.00

□ نتیجه گیری

مطالعه ما نشان داد بیشترین بهره مندی در گروه های اجتماعی-اقتصادی بالا وجود دارد. بر اساس یافته های ما عوامل اجتماعی اقتصادی تاثیر قابل توجهی در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت و در نهایت وضعیت سلامت جامعه دارد. نتایج مطالعه ما نشان می دهد که سطح تحصیلات، پوشش بیمه ای و جنس سرپرست خانوار بر استفاده از خدمات سلامت در استان اصفهان تاثیر می گذارد.

از آنجایی که خانواده های با سرپرست زن با مشکلات بیشتری در دسترسی به نیازهای اساسی خود رو به رو هستند(از جمله سلامت) توصیه می کنیم آگاهی از ویژگی های بهداشتی-درمانی و سلامتی این خانوارها افزایش یابد و مدل های حمایتی برای پاسخگویی به نیازهای آنها توسعه داده شود.

موثرترین عوامل در بهره مندی از خدمات سلامت				رابطه بهره مندی و SES	شهر
تفکیک	اول	دوم	سوم	خانوار با SES پایین بیشترین بهره مندی	کرمانشاه
سرپایی	HRQoL	سن افراد	داشتن بیماری مزمن		
بستری	HRQoL	داشتن بیماری مزمن	-----	خانوار با SES بالا بیشترین بهره مندی	اصفهان
سطح تحصیلات	پوشش بیمه ای	جنس سرپرست خانوار			

میزان بهره مندی از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن به تفکیک ساکنین در مناطق مختلف کشور متفاوت می باشد. برای دادن پاسخ مناسب به مشکلات سلامت جامعه اصلاحگران و سیاست گذاران عرصه سلامت باید عوامل تاثیرگذار اجتماعی-اقتصادی بر بهره مندی از خدمات بستری و سرپایی در شهرهای مختلف ایران را شناسایی و در جهت رفع موانع شناسایی شده به تفکیک شهرها، برنامه های توسعه ای و حمایتی را تدوین و اجرا نمایند.

مطالعه آتی

در مطالعه پایان نامه آتی سعی می شود تا با تعیین وضعیت اجتماعی اقتصادی مراجعه کنندگان بخش شهری و روستایی شهر قزوین به مراکز بهداشتی و درمانی، میزان بهره مندی آن ها از خدمات سرپایی و بستری و نقشی که هر یک از عوامل بر این بهره مندی می گذارد بررسی گردد. امید است با اطلاعات بدست آمده از مطالعه حاضر بتوان دیدگاه جامع تری نسبت به وضعیت عدالت در سلامت استان بالاخص در مناطق کمتر برخوردار بدست آورده و ضمن تعیین نقش عوامل مختلف اقتصادی و اجتماعی از نتایج حاصله در برنامه ریزی ها و سیاستگذاری های بخش سلامت استفاده شود.